Aus der chirurgischen Universitätspoliklinik zu Leipzig
(Direktor: Professor Dr. Heineke).

Ein Fall von Hypertrophia glandularum sublingualium congenita.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin,

Chirurgie und Geburtshilfe

einer hohen medizinischen Fakultät der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Oskar Leser

aus Wiesenthal bei Dermbach
Assistenzarzt im 2. Kgl. Sächs. Fußart.-Regt. Nr. 19.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Emil Lehmann, Leipzig
Spezialdruckerei für Dissertationen
1914

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 22. Mai 1914.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Payr.

Dem Andenken meines
lieben Vaters.

Im Anschlusse an eine Abhandlung über Speicheldrüsentumoren schrieb Billroth: „Die Geschwülste der Speicheldrüsen sind nicht gar zu häufig. Der Sitz der Geschwülste ist häufiger in der Glandula parotis als in der Glandula submaxillaris. In der Glandula sublingualis sah ich noch keine Geschwulst stelbständig sich entwickeln. Alle in den Speicheldrüsen von mir beobachteten Geschwülste (exklusive sekundäre wie Cancroide, Krebs usw.) sind zu den drüsenähnlichen Geschwülsten (adenoiden) und zu den zusammengesetzten gallertigen Bindegewebsgeschwülsten (Myxoma, Collonema) zu rechnen. Es gibt keine Hypertrophie der Speicheldrüsen, es handelt sich vielmehr um papilläre Wucherungen aus Schleimgewebe, nicht um foetales Drüsengewebe“.[1])

Daß man noch heute dem Vorkommen der reinen Hypertrophie der Speicheldrüsen ziemlich skeptisch gegenübersteht, zeigt die Behandlung dieser Materie in den einschlägigen Werken. Während sie als solche in den Lehrbüchern der Pathologie überhaupt nicht

[1]) Virchows Archiv, 17. Bd., p. 357.

verzeichnet ist, äußert sich Küttner im Handbuch für praktische Chirurgie[1]) darüber dahingehend, daß es ja möglich sei, daß echte Hypertrophien vorkämen, häufig seien sie jedenfalls nicht, die meisten unter diesem Namen beschriebenen Vergrößerungen der Speicheldrüsen seien wohl auf eigentliche Geschwulstbildungen, auf chronisch entzündliche oder der Mikuliczschen Krankheit nahestehende Prozesse zurückzuführen.

Tatsächlich muß diese Affektion, im Gegensatz zu den häufigen zystischen sublingualen Bildungen zu den extremsten Seltenheiten gehören, denn ich konnte in der gesamten diesbezüglichen Literatur nur zwei Veröffentlichungen über Beobachtung einer kongenitalen Hypertrophie der Glandulae sublingualis finden.

Im ersten Falle, über den Neuhausen im medizinischen Korrespondenzblatt rheinisch und westfälischer Aerzte[2]) berichtet, handelt es sich um ein zwei Monate altes, kräftiges, wohlgebildetes Kind weiblichen Geschlechts.

„Bald nach der Geburt gewahrte die Mutter eine Schwerbeweglichkeit der Zunge beim Saugen, und daß kleine Geschwülste seitlich der Zunge zugegen seien, die allmählich größer wurden und zuletzt das Saugen kaum mehr zuließen. Die Untersuchung des Mundes ließ dann auch zwei Geschwülste, zu jeder Seite der Zunge eine, welche dem Rachen zu bereits eine nicht mehr zu übersehende Größe darboten, leicht für die hypertrophierten Sublingualdrüsen als solche erkennen.

[1]) Bergmann u. Bruns, Handbuch der prakt. Chirurgie.
[2]) Med. Korresp.-Blatt rhein. u. westfäl. Aerzte 1845.

Sie hatten die Form einer liegenden Birne, wovon die Basis dem Rachen und deren schmal zulaufendes Ende der Zungenspitze zugewendet war. Die Zunge war hierbei aus ihrer natürlichen Lage herausgehoben und wurde ziemlich fest wider das Palatum durum gedrückt."

Die Therapie bestand in vollständiger Exstirpation der beide Geschwülste bis fast zum Niveau des Zungenbodens, die vollständige Heilung zur Folge hatte.

Ueber den makroskopischen Bau schreibt Neuhausen: „Sämtliche Teile der Geschwulst trugen eine körnige, drüsige Textur, wie sie diesen Gebilden eigentümlich ist." Eine mikroskopische Untersuchung fand nicht statt.

Auch in dem von Broca[1]) in neuerer Zeit mitgeteilten Falle von J. Braquehaye und J. Sabrazès wurde die Geschwulst einige Tage nach der Geburt bei einem gut entwickelten, 4 Kilogramm schweren Kinde, männlichen Geschlechts bemerkt. Der Knabe wurde im Alter von 6 Monaten zur Operation gebracht, da „der sublinguale solide Tumor, der eine doppelte Zunge vortäuschte, den Saugakt behinderte." Die Therapie bestand gleichfalls in totaler Exstirpation. Nach der Operation verfiel das Kind in eine extreme Abmagerung, die 6 Monate anhielt. „Die Geschwulst nahm beiderseits die Sublingualfalte ein und bot den Anblick zweier kleiner, an ihrer Peripherie angehefteter Mandeln." Die histologische Untersuchung ergab: „Daß es sich um eine Hypertrophie der Sublingualdrüsen

[1]) Bulletins et mém. de la société de chir. Paris 1897.

handelte ohne Anzeichen interstitieller Infiltration.“ Als besonders auffallende Erscheinung führt Broca noch „die Coexistenz von drei Hernien bei dem kleinen Kranken, die Doppelseitigkeit der Affektion und das Vorhandensein eines Klumpfußes und eines Hydramnios bei zwei Geschwistern“ an.

Im Anschlusse daran will ich über einen Fall von einseitiger angeborener Hypertrophie der Glandula sublingualis berichten, der in der chirurgischen Universitätspoliklinik zu Leipzig zur Beobachtung und Behandlung kam. Die Mutter brachte das Kind mit der Angabe, daß an der Zunge etwas nicht in Ordnung sei.

Die von mir erhobene Anamnese ergab folgenden Tatbestand:

Tuberkulose, Syphilis und Krebs sind in der Familie nicht vorgekommen. Vater (Gärtner) ist wegen epileptischer Anfälle vom Militär entlassen worden. Noch jetzt treten bei ihm Anfälle in mehrmonatigen Pausen auf. Die Mutter hat zuerst 2 normale Geburten durchgemacht. Dann folgte eine Fehlgeburt, verursacht durch schweres Heben, 6 Wochen nach erfolgter Konzeption. Die beiden Geschwister des Kindes (Knaben von 7 und 9 Jahren) sind nie erheblich krank gewesen. Irgendwelche Mißbildungen, sowie ein ähnlicher abnormer Befund am Mundboden ist bei ihnen weder festzustellen, noch haben die Eltern etwas derartiges je bemerkt. Das Kind wurde am 31. März 1910 geboren; es kam ausgetragen zur Welt. Die Geburt verlief vollkommen normal und bedurfte keiner-

lei Kunsthilfe. Zwei Tage nach der Geburt bemerkten die Eltern am Mundboden rechts vom Zungenbändchen ein Gewächs („wildes Fleisch") von etwa Dattelkerngröße und -form. Dasselbe ist in der Folgezeit bis zu seiner Entfernung nicht größer geworden, noch ist es je geschwürig verändert gewesen. Die Geschwulst behinderte das Kind weder beim Saugakt noch beim Atmen. Auf dem Zungenrücken wurde gleichzeitig an fadenförmigem, kurzen Bändchen aufsitzend, eine kirschkerngroße Geschwulst von grauweißer Farbe und weicher Beschaffenheit bemerkt. Sie wurde vom dortigen Arzte ligiert und fiel in der Folge ab. Das Kind wurde 6 Wochen gestillt, dann mit unverdünnter Kuhmilch ernährt. Es entwickelte sich kräftig und ist bisher nie erheblich krank gewesen.

Am Mundboden rechts befindet sich ein zirka dattelkerngroßer, ziemlich weicher Tumor, der die Zunge etwas nach oben drängt. Die Zunge ist vorn deutlich eingekerbt. Sie ist nicht verdickt, von blaßroter Farbe; ohne Belag. Sie ist symmetrisch angelegt. Zwischen der Zunge und dem Alveolarfortsatz und zwischen diesem und der linken Unterlippenhälfte, zum Teil auch am harten Gaumen bestehen mehrere leistenartige Schleimhautbrücken. Das obere Rachengewölbe ist stark mißbildet. Die beiden Gaumenplatten nehmen eine fast vertikale Stellung ein. Sie vereinigen sich oben in spitzem Winkel, so daß eine vorn bogenförmig dem Ober- und Zwischenkiefer folgende, nach hinten sich verjüngende Exkavation entsteht. Es besteht aber außer den Choanen keine Kommunikation

zwischen Nasen- und Rachenraum. Der Zwischenkiefer ist normal. Das Palatum molle und Uvula sind von normaler Wölbung und Gestalt.

Da das Kind für einen operativen Eingriff noch zu klein war, und eine Gefahr durch Verzögerung der Entfernung anscheinend nicht bestand, wurde es für später wieder bestellt. Ende März 1911 erfolgte dann die Abtragung des Tumors, soweit er das Schleimhautniveau des Mundbodens überragte, in Chloroformnarkose. Gleichzeitig wurden die oben beschriebenen leistenartigen Verwachsungen gelöst. Die Wundheilung verlief ohne jegliche Störung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab normales Sublingualdrüsengewebe. Die Schnitte zeigten eine vollständig gleichartige Struktur. Das normale Verhältnis des Stromas und der Drüsensubstanz war vollkommen gewahrt. Ebenso war ein Ueberwiegen der drüsigen Elemente gegenüber den bindegewebigen nicht nachzuweisen. Eine abgeschlossene knotige Einlagerung konnte nicht festgestellt werden. Nirgends war ein Verschluß eine Verlängerung, Verzweigung oder Ausbuchtung der Drüsenschläuche zu erkennen, noch Sekretstauung mit cystischer Entartung des Drüsengewebes. Auf allen Schnitten zeigten Acini und Ausführungsgänge ein deutliches Lumen mit regelmäßigem, einschichtigen Epithelbelage. Es bestand weder eine kleinzellige Infiltration noch sonstige entzündliche Veränderungen.

Am 21. 9. 11 hatte ich Gelegenheit, das Kind wiederzusehen. Im Alter von $^5/_4$ Jahren hat das Kind

die Masern überstanden. Während es durch diese Krankheit und einen sich anschließenden Darmkatarrh stark zurückgekommen war, hat es sich in letzter Zeit wesentlich erholt. Im 15. Lebensmonat brach als erster der rechte obere Backenzahn durch, unmittelbar darauf die oberen mittleren Schneidezähne. Nach weiteren 4 Wochen erschien der rechte untere mittlere Schneidezahn, dann unten links und oben rechts je ein Backenzahn; ihnen folgte der linke untere mittlere Schneidezahn. Gegenwärtig ist unten rechts der erste Prämolare im Durchbrechen begriffen.

Status praesens:

21. 9. 11. Dem Alter entsprechend ($1^1/_2$ Jahre) großes Kind in gutem Ernährungszustande. Gewicht 16 Pfund, Temperatur 37,1° C. (im After gemessen), Puls 120. Das Kind läuft noch nicht. Weit offene Fontanellen. Rosenkranz deutlich fühlbar. Im übrigen Thorax mit Herz und Lungen ohne Besonderheiten. Milz nicht fühlbar. Die unteren Extremitäten sind nicht verkrümmt. Hinterm Sternocleidomastoideus sind beiderseits mehrere erbsengroße, harte Lymphdrüsen zu fühlen; die Tränendrüsen sind nicht vergrößert. Die Lippen sind frei beweglich und nicht verdickt. Auf der linken Seite der Unterlippe finden sich an der Schleimhaut strahlige, weiße Narben.

Der obere Rand des rechten unteren mittleren Schneidezahnes verläuft in einem nach oben offenen Bogen. Der linke untere mittlere Schneidezahn ist in schiefer Stellung erschienen und nach rechts vorn über den nebenstehenden gelagert. Die Schleimhaut

des Mundbodens ist blaßrot. Die Stelle des Sitzes der entfernten Geschwulst ist von normaler Schleimhaut bedeckt, durch die sich eine stärkere, geschlängelte Vene zieht.

Ich möchte nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß Neuhausen und Broca eine symmetrische Vergrößerung der Sublingualdrüsen vorfanden. Auch konnten beide noch nach der Geburt ein deutlich wahrnehmbares Wachstum beobachten. In unserem Falle hingegen bestand eine einseitige Volumenzunahme, die mit der Geburt abgeschlossen war. Für die Benennung ist dies jedoch unwesentlich, da nach Lannelongue und Achard[1]) das Epitheton „kongenital" lediglich ausdrückt, „daß die für die Bildung bestimmenden Bedingungen bereits während des intrauterinen Lebens bestanden, und daß ihre Pathogenie mit einer Entwickelungsstörung im Zusammenhang steht, keineswegs aber, daß die Bildung mit der Geburt abgeschlossen ist. Diese kongenitalen Affektionen entwickeln sich manchmal erst in einer mehr oder weniger späten Epoche; trotzdem aber existierten sie bereits sozusagen im Keim und latenten Stadium seit der Geburt, ja vielmehr seit dem embryonalen Leben."

Die Aetiologie der Hypertrophie der Sublingualspeicheldrüsen ist bisher nicht festzustellen gewesen, wir sind vielmehr gegenwärtig noch vollständig auf Hypothesen angewiesen, deren einfachste mir die An-

[1]) Lannelongue et Achard, Traité des kystes congenitaux, p. 3.

nahme einer embryonalen Hyperplasie [1]) zu sein scheint. Gegen „eine schleichende, chronische, kongenitale Entzündung verbunden entweder mit einer alten Infektion, oder einer autochthonen oder exogenen Infektion unbekannten Ursprungs," wie sie Broca in den Bereich der Möglichkeit zieht, spricht das völlige Fehlen irgendwelcher Veränderungen, die auf einen solchen Prozeß schließen ließen. Auch die rhachitischen Symptome sind nicht geeignet, eine genügende Erklärung zu geben. Ob die Erblichkeit eine maßgebende Rolle spielt, läßt sich nicht nachweisen, da ähnliche Bildungen oder Konstitutionskrankheiten bei den Aszendenten nicht bestanden haben. Ebenso sind anorganische, schädigende Einflüsse auf den embryonalen Organismus, wie Blei, Kupfer, Quecksilber, Jod und Opium, die gelegentlich Speicheldrüsenvergrößerungen besonders allerdings in der Parotis im Gefolge haben können, in unserem Falle auszuschließen.

Ebenso wie Broca konnten auch wir gleichzeitig neben der Speicheldrüsenvergrößerung verschiedene andere organische Fehler beobachten. Unter diesen konkomitierenden Bildungsanomalien müssen wir solche unterscheiden, die sich auf die dem pathologischen Produkt benachbarten Organe beziehen, und solche, die entfernt davon gelegen sind. In unserem Falle waren

[1]) Nach Schmauß (Lehrb. der path. Anat. p. 85) besteht nämlich zwischen Hypertrophie und Hyperplasie insofern ein wesentlicher Unterschied als jene eine Gewebszunahme beruhend auf Vergrößerung der einzelnen Elemente, diese eine Volumenvergrößerung verursacht durch eine Vermehrung der Zahl derselben bezeichnet.

die beobachteten Anomalien auf aus gleichen oder doch benachbarten Anlagen — 1. bis 4. Kiemenbogen[1]) — hervorgegangene Gewebe beschränkt. Es sei aus diesem Grunde gestattet, etwas näher auf die Entwickelung der in Betracht kommenden Organe einzugehen.

Nach Kölliker[2]) und Hertwig[3]) reicht die erste Anlage der drei großen Speicheldrüsen in die zweite Hälfte des zweiten Embryonalmonates zurück und ihre Entwickelung schreitet ziemlich rasch voran, so daß sie im dritten Monate, die Größe abgerechnet, schon ziemlich ausgebildet sind. Nach denselben Autoren füllt die im zweiten Monat gebildete Zunge, indem sie beträchtlich in die Länge und Breite wächst, vor der Bildung des Gaumens nicht nur die ganze primitive Mundhöhle aus, sondern schiebt sich sogar mit ihrem vorderen Rande frei über den Unterkiefer hervor. Erst später mit der Entwickelung des Gaumens zieht sie sich zurück. Gegen Ende des zweiten Monats setzt die Bildung des Gaumens von den Oberkieferfortsätzen des ersten Kiemenbogens aus ein, wodurch die einfache Mundhöhle in einen unteren größeren digestiven und in einen oberen engeren respiratorischen Abschnitt gesondert wird. Es wuchern jene in Gestalt einer Leiste, der Gaumenplatte (Kölliker), anfänglich in schief absteigender, später in horizontaler Richtung medianwärts, so daß sie eine immer enger werdende Spalte, die

[1]) Mikulicz-Kümmel, Krankheiten d. Mundes p. 2.

[2]) Kölliker, Entwickl. Gesch. d. Menschen u. d. höh. Tiere.

[3]) O. Hertwig, Lehrb. d. Entwickl. Gesch. des Menschen und der Wirbeltiere.

Gaumenspalte zwischen sich offen lassen. Von der achten Woche an verschmelzen dann die Gaumenplatten miteinander von vorn nach hinten. In der neunten Woche ist der vordere Teil des Gaumens, der dem harten Gaumen entspricht schon vollkommen geschlossen. Diese normalen anatomischen Verhältnisse der sich bildenden Zunge ließen Dursy[1]) an die Möglichkeit denken, daß unter gewissen Umständen die Zunge das ursächliche Moment für die Spaltbildung des Gaumens abgeben könne. Nach Dursy bedingt nämlich die der Schädelbasis und der Nasenscheidewand dicht anliegende Zunge nicht nur die ursprünglich senkrecht absteigende Richtung der Gaumenplatten, sondern kann auch, wenn sie sich nicht von dem Septum zurückzieht (Ende des zweiten Monats), die Gaumenschließung verhindern. Dies fand sich bei einem Schweineembryo bestätigt, bei welchem durch die Schiefstellung der Zunge eine Störung der Gaumenbildung insofern eingetreten war, als nur die eine Gaumenplatte eine horizontale Richtung einschlagen konnte, während die andere ihre ursprüngliche vertikale Richtung beibehielt. Auch die von Fernet[2]) und Lannelongue[3]) neben angeborenen Zungentumoren beobachteten Spaltbildungen des Gaumens sprechen zu Gunsten dieser Annahme. Auch Moro[4]) und Lexer[5]) schreiben diese durch Störung

[1]) Dursy, Zur Entwickelungsgesch. d. Kopfes. Tübingen 1896.

[2]) Fernet, Bulletins de la société anatomique 1864, p. 131.

[3]) Lannelongue, Arch. gén. de méd. 1883, 7. serie tome 11, p. 389 u. 549.

[4]) Pfaundler-Schloßmann II, 1. Moro: Erkrankungen d. Mundhöhle.

[5]) Bergmann u. Bruns, Handb. der prakt. Chir. I. Lexer: Angeborene Mißbildungen des Gesichts.

der Entwickelung am Dache der Mundhöhle angeborenen Formfehler mechanischen Momenten zu, wie sie durch eine abnorme Anlage der Schädelbasis, ein abnorm gestaltetes Amnion, oder aber vermehrten intrakraniellen Druck in die Erscheinung treten.

Hiernach kann man auch ohne Zwang die oben beschriebenen Stränge zwischen Alveolarfortsatz und Lippe usw. als Residuen amniotischer Verwachsungen auffassen. Indessen scheinen diese Stränge nicht allzu häufig vorzukommen. Ich fand sie nur bei Volkmann[1]) erwähnt, der sie bei einem stark mißbildeten $3^1/_2$ jährigen Kinde vorfand als zwei dicke, unnachgiebige Leisten fibrösen Gewebes, welche von der Wangen- resp. Oberlippenschleimhaut quer zu den beiden Seiten des oberen Eckzahnes hinüberlaufend, ein Abziehen der Oberlippe vom Knochen nur in sehr geringem Grade gestatteten. Er sieht sie als angeboren an; über die Aetiologie spricht er sich nicht näher aus.

Das Allgemeinbefinden erscheint durch die Hypertrophie der Sublingualspeicheldrüsen nicht wesentlich beeinträchtigt. Die Beschwerden sind auffallend gering und beruhen hauptsächlich auf mechanischen Störungen. Bei starker Größenzunahme der Geschwulst wird die Zunge gegen den harten Gaumen gedrängt, woraus Beeinträchtigungen des Schluck- und Saugaktes resultieren (Neuhausen, Broca). Späterhin können Sprachstörungen die Folge sein. Eine auffallend gesteigerte oder überhaupt veränderte Sekretion ist nicht beobachtet worden.

[1]) Langenbecks Arch. f. klin. Chir. p. 375 ff. Volkmann: Ein Fall von ächtem (spontanem) Keloid der Finger u. Zehen.

Die Diagnose dürfte in keinem Falle leicht zu stellen sein, jedenfalls einwandfrei nicht ohne mikroskopische Untersuchung.

Im Anschlusse daran möchte ich auf die Veränderungen am Mundboden eingehen, die differentialdiagnostisch von Wichtigkeit sind, da sie gelegentlich zu Verwechselungen Anlaß geben können.

Hennig, Mikulicz und Kümmel beschreiben eine akute, primäre Speicheldrüsenentzündung bei Säuglingen, welche stets nur die Glandula submaxillaris und sublingualis betrifft, als Sialoadenitis der Säuglinge. Dabei schwellen die genannten Drüsen unter Erscheinung hohen Fiebers akut an und entleeren aus ihren Ausführungsgängen reichlich Eiter. Die Erkrankung endet in der Regel mit einer ausgedehnten Abszedierung der betroffenen Drüsen.[1])

Auch die zuerst von Holthouse als Subglossitis, später von Henoch als Entzündung des Bodens der Mundhöhle beschriebene phlegmonöse Entzündung des submukösen Bindegewebes am Zungenrande, welche auf das Nachbargewebe übergreifend von mächtigen lokalen Beschwerden (enorme Schwellung, Aufwärtsdrängung der Zunge, Salivation) begleitet ist, endet gewöhnlich mit Eiterguß unter die Zunge oder nach außen.[2])

Die von Küttner[3]) als entzündlicher Speicheldrüsentumor beschriebene Schwellung der Unterkiefer-

[1]) Pfaundler-Schloßmann, II, a. p. 39.
[2]) ebenda II, a. p. 34.
[3]) Mikulicz-Kümmel, p. 189.

und Unterzungendrüsen ist eine chronische Entzündungserscheinung, verursacht durch das Eindringen eines Fremdkörpers oder von Eitererregern in den Ausführungsgang. Die bedeckende Haut ist entzündlich gerötet. Aus dem Gang entleert sich eitriges Sekret. Meist treten derartige Zustände schubweise auf und gehen mit lebhaften Schmerzen am Mundboden einher (Coliques salivaires).

Bleiben Fremdkörper längere Zeit liegen, so können durch ihre Inkrustation Speichelsteine entstehen. Daß diese schon bei ganz jungen Kindern vorkommen, zeigt daß Burdel[1]) einen solchen bei einem Säugling entfernte. Man wird in allen solchen Fällen den Gang zu sondieren suchen, um die eventuelle Ursache in Gestalt eines Fremdkörpers oder Steines nachzuweisen.

Aktinomykose, Tuberkulose und Syphilis der Glandula sublingualis ist bei kleinen Kindern noch nicht beobachtet worden.

Die von Mikulicz beschriebene symmetrische Erkrankung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen mit und ohne lymphatische Komplikation wird stets leicht auszuschließen sein.

Daß auch anorganische Gifte eine Schwellung der Speicheldrüsen verbunden meist mit starker Salivation hervorrufen können, ist bereits weiter oben erwähnt.

An dieser Stelle möchte ich auf eine Affektion eingehen, die von italienischen Autoren unter dem Namen Produzione sottolinguale dell' infanzia o ma-

[1]) Bergmann u. Bruns, Handb. d. prakt. Chirurgie. Küttner, Chir. d. Speicheldrüsen, p. 640.

lattia di Riga[1]) beschrieben worden ist. Es handelt sich um einen abgeplatteten, mit breiter Basis konstant der Insertionsstelle des Zungenbändchens aufsitzenden, derben Tumor. Die Geschwulst erreicht einen Durchmesser von zirka 1 cm, zeigt im Zentrum ein weißlich glänzendes Kolorit, während die übrigen Anteile rötlich verfärbt erscheinen. Die Geschwulst ist nicht schmerzhaft und mit keinerlei Drüsenschwellung verbunden. Histologisch zeigt sich eine Hypertrophie und Hyperplasie des Papillarkörpers und des Rete Malpighi. Die Erkrankung betrifft ausschließlich Säuglinge, vermutlich handelt es sich um eine kongenitale Anlage. Sie soll fast nur in Süditalien, dort häufig vorkommen; anderwärts ist sie nur ganz vereinzelt und sporadisch bekannt. Fede, Callari und Philippson sehen sie geradezu als Rasseneigentümlichkeit an. M. E. Audard beschreibt sie als eine Krankheit der sozial und hygienisch minderwertigen Klassen. Einzelne der italienischen Autoren sind geneigt, sie für ansteckend und hereditär zu halten. Die Mehrzahl bezweifelt dies jedoch und nimmt an, daß die Geschwulstbildung die Folge einer Reizung seitens der Schneidezähne oder des verhärteten Zahnfleischrandes bei ungeschickten Saugbewegungen sei. Indes sicher nachgewiesen ist der Zusammenhang mit der Dentition nicht. Für die Pathogenese existiert zunächst eine von Fede vertretene Anschauung, welche nur eine lokale, durchaus harmlose Affektion anerkennt.

[1]) Eine Zusammenstellung der Literatur über die Rigasche Krankheit befindet sich im Literaturnachweise.

Er hält bei den mit Kachexie und Atrophie einhergehend beschriebenen Fällen, in welchen die histologische Untersuchung immer das gleiche Bild ergab, die Zungenaffektion nur für einen zufälligen Nebenbefund. Demgegenüber sprechen U. Cardarelli (afta cachettica), Riga, Pianese und andere von einer Allgemeininfektion (mit Kachexie, Verstopfung, Leber- und Milzschwellung mit oft tödlichem Ausgang), von der die sublinguale Produktion nur ein Symptom sei. Reinbach[1]), der auf Grund einer eingehenden Untersuchung der Ansicht von Fede beitritt, ist geneigt, diese Bildung den fissuralen Angiomen (Virchow III pag. 345 ff.) zuzurechnen.

Gegenüber den häufigen zystischen Gebilden am Boden der Mundhöhle, die unter dem Begriffe der Ranula zusammengefaßt werden, und die wegen ihres ebenso eigentümlichen wie charakteristischen Aussehens der Diagnose wohl kaum Schwierigkeiten bieten dürften, sind die eigentlichen Sublingualspeicheldrüsentumoren, welche in den jüngeren Jahren vorkommen nicht allzu zahlreich. Die wichtigsten sind die Haemangiome und die Lymphangiome. Die Haemangiome treten in der Form der Teleangiektasie nur selten für sich allein auf, meist bedecken sie kavernöse Angiome, welche als weiche erektile, dunkelblau durch die Schleimhaut durchschimmernde Tumoren isoliert oder als ausgedehnte Cavernome des Gesichts im Munde vorkommen.[2])

[1]) Reinbach, Zur Lehre v. d. subling. Geschw. d. Kindesalters. (Beitrag z. klin. Chir. P. Pruns 18. Bd.)

[2]) Küttner (Wullstein-Wilms) Lehrb. d. Chir. p. 318.

Die am Mundboden gesehenen Lymphangiome sind wenig scharf gegen das sie umgebende Gewebe abgegrenzt, sie greifen gern auf die Zunge selbst über. (Hagenbach[1]), Hedinger[2])). Ihre Form ist sehr unregelmäßig, sie entsenden oft Fortsätze von sehr wechselnder Richtung und Ausdehnung. Diese Fortsätze dringen in die Zwischenmuskelräume ein, entfalten sich längs der Gefäßscheiden und heften sich in der Tiefe an verschiedenen wichtigen Organen an. Aber dieses Umsichgreifen, wie ausgedehnt es auch sein möge, bleibt immer lokal (Lannelongue et Achard[3]). Die Größe dieser Tumoren ist in gewissen Fällen eine beträchtliche, sie gleichen und überschreiten selbst die des Kopfes des Neugeborenen. Ragt der Tumor in den Mundboden vor, so hebt er diesen in Gestalt einer weichen, fluktuierenden Anschwellung von blauweißer, transparenter Farbe empor. Die Lymphangiome bestehen nicht aus einem einzigen Hohlraume, sondern aus zahlreichen kleineren Kammern die miteinander kommunizieren und in ihren Wandungen weitere, sekundäre Hohlräume eingeschlossen aufweisen können. Dies erklärt auch die Kompressibilität des Tumors, der unter der palpierenden Hand nicht selten zu verschwinden scheint. Die Diagnose Lymphangiom kann ferner durch den Nachweis entzündlicher Schübe gestützt werden. Unter anderen fand Blachey[4]) ein ausgedehntes Lymphangiom am

[1]) Hagenbach, Symmetr. Lymphang. d. Speicheldrüsen.
[2]) Hedinger, Symmetr. Lymphang. d. Mundspeicheldrüsen.
[3]) L. et A., Traité des kystes congenitaux.
[4]) Ebenda.

Mundboden verbunden mit Fehlen der einen Glandula submaxillaris und der Glandula sublingualis.

Daß auch eine embryonal verlagerte Drüse gelegentlich eine Hypertrophie vortäuschen kann, zeigt die Veröffentlichung von Turner[1]). Dieser konstatierte beiderseits ein Fehlen der Unterkieferspeicheldrüsen im Digastricusdreieck, fand sie aber statt dessen auf der Dorsalfläche des Mylohyoideus neben der Glandula sublingualis.

Lipome und Fibrome sind in der Glandula sublingualis kleiner Kinder noch nicht beobachtet worden. Die median sitzenden sublingualen Dermoide haben nach de Quervain[2]) eine ziemlich dicke Wand von weißgelblich durchscheinender Farbe. Zuweilen sind sie ziemlich fest mit der Umgebung, selbst mit dem Knochen verwachsen. Sie vereitern sehr leicht. Die Diagnose dürften sie wegen der meist nachweisbaren Fluktuation nicht wesentlich erschweren. Im Zweifel ist eine Probepunktion angezeigt.

Endlich möchte ich noch den kongenitalen Verschluß (Imperforation, Atresie) des Whartonschen Ganges erwähnen, „derselbe kommt doppelseitig (Sultan) und einseitig vor (Guyou, Richer, Lannelongue, Demons, Rémignon). Der erweiterte Gang bildet eine längliche, den Mundboden ausfüllende, federkiel- bis kleinfingerdicke zystische Geschwulst, die von hinten unten nach

[1]) Turner, Note of a case of displacement of the submaxillary glands. Journ. of anat. and physiol. IV (2. ser. n. 5) 1869 p. 147.

[2]) de Quervain, Chir. Diagnostik.

vorn oben und von außen nach innen gerichtet ist, also dem Verlaufe des Whartonschen Ganges entspricht. Der Tumor ist weich, dünnwandig und meist deutlich transparent, von bläulicher Farbe[1])."

Die Prognose der angeborenen Hypertrophie der Sublingualspeicheldrüsen ist unbedingt günstig zu stellen.

Therapeutisch kommt nur die rein chirurgische Behandlung in Betracht. Man wird entweder eine totale oder teilweise Abtragung vornehmen. Der Eingriff darf jedoch nicht gefahrvoller sein als das ihn veranlassende Moment. Man wird also Rücksicht auf den Gesundheitszustand und die Widerstandsfähigkeit des Kindes zu nehmen haben, ebenso wie auf den Grad der Vergrößerung und die Entwickelung, welche sie in den ersten Lebensmonaten nimmt.

Fassen wir das Ergebnis unserer Abhandlung zusammen, so sehen wir, daß es tatsächlich eine angeborene Hypertrophie der Sublingualspeicheldrüsen gibt. Nicht unwesentlich für die Erklärung derselben scheinen mir die gleichzeitig beobachteten Veränderungen insofern zu sein, als man auch jene als reine Mißbildung auffassen kann.

Herrn Professor Dr. Heineke spreche ich für die Ueberlassung des Falles, die Anregung zu dieser Arbeit und ihre Durchsicht meinen verbindlichsten Dank aus.

[1]) Deutsche Chir. 2. Hälfte, 2.: Heineke, Krankheiten d. Speicheldr. p. 322.

Literatur-Nachweis.

Abkürzungen: A. f. Khk. = Archiv für Kinderheilkunde; J. f. Khk. = Jahrbuch für Kinderheilkunde; M. f. Khk. = Monatsschrift für Kinderheilkunde.

Orginalartikel.

Abetti M.: Die Riga = Fedesche Krankheit. A. f. Khk. Bd. 40, 1905, p. 168 ff.

Billroth Th.: Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen. Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, 17. Bd., 1859, p. 357.

Broca M. A.: Hypertrophie congenitale et progressive des deux glandes sublinguales chez un enfant nouveau-né, par. MM. J. Braquehaye et J. Sabrazès, agrégés à la faculté de Bordeaux. Bulletins et mémoires da la société de chirurgie de Paris. Tome XXIII, 1897, p. 567 s.

v. Brunn: Symmetrische Erkrankungen der Mundspeicheldrüsen. Beiträge zur klin. Chirurge (P. Bruns).

Callari J. u. **Philippson L.:** Ueber das sublinguale Fibrom der Säuglinge. (Sublinguale Produktion von Fede.) J. f. Khk. 69, 1909, p. 202 ff.

Comby: Subglossite diphtheroide Grancher, Comby et Marfan: Maladies de l'enfance Paris 1897, Tome 11, p. 353 ff.

Deutsch E.: Die Rigasche Krankheit. A. f. Khk. Bd., 40, 1905, p. 168. ff.

Dury: Zur Entwickelungsgeschichte des Kopfes. Tübingen 1896.

Fernet: Un foete monstrueux mort né qui présente de vices de conformations multiples. Bulletins de la société anatomique de Paris 49 année, 2. sér. IX., p. 151.

Hagenbach E.: Symmetrische Lymphangiome der Speicheldrüsen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 93. Bd., 1908, p. 478 ff.

Hedinger: Symmetrische Lymphangiosarkome der Mundspeicheldrüsen bei einem $^1/_2$jährigem Kinde. Korrespondenzbl. Schweizer Aerzte, Bd., 16, 1908.

Lannelongue: Quelques exemples d'anomalies congenitales au point de vue de leur pathogenie. Arch. gén. de méd. 7. sér. tome 11, 1283, p. 389, 551.

Lannelongue et Achard: Traité des kystes congenitaux. Paris 1896, p. 3, 171 ff, 211, 282 f, 284, 286, 290, 306, 326, 416.

Neuhausen J.: Interessanter Fall von Hypertrophie der glanduae sublinguales. Med. Korrespondezbl. rhein.- u. westfälischer Aerzte Bonn 1842.

Reinbach, G.: Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten des Kindesalters. Beitr. z. klin. Chir. (P. Bruns) 18. Bd., 1897, p. 450 ff.

Turner: Note of a case of displacement of the submaxillary glands. Journ. of anat. and physiol. IV. (2. ser. no 5) 1896, p. 147.

Volkmann: Ein Fall von ächtem (spontanem) Keloid der Finger und Zehen. Langenbecks Arch. f. klin. Chir. 1873, p. 375 ff.

Lehrbücher und Enoyklopädien.

Bergmann u. Bruns: Handbuch der prakt. Chir. I. Bd.

a) Bergmann, Chir. der Mundhöhle, p. 893, 837, 889.

b) Küttner, Chir. der Speicheldr. p. 626, 668, 676.

c) Lexer, Chir. des Gesichts. p. 437.

Heineke: Krankheiten der Speicheldrüsen. (Deutsche Chirurgie) 2. Hälfte, 2. Teil, 1913.

Hertwig, O.: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte d. Menschen u. d. Wirbeltiere. p. 320, 321.

Kölliker, A.: Entwickelungsgeschichte d. Menschen u. d. höheren Tiere. p. 476, 813, 815, 827.

Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse d. allg. Path. u. path. Anatomie des Menschen u. d. Tiere. Speicheldrüsen. p. 228, 230.

Mikulicz-Kümmel: Die Krankheiten des Mundes.

Pfaundler-Schloßmann: Handbuch der Kinderheilkunde. Moro: Erkrankungen der Mundhöhle. p. 6, 34, 39.

de Quervain: Spezielle chir. Diagnostik. p. 73 f.

Schmauß H.: Grundriß der pathol. Anatomie. p. 85 f, 180.

Wullstein-Willms: Lehrb. der Chir. I. Bd. Küttner, die Verletzungen u. Erkrankungen d. Speicheldrüsen p. 300 ff. Die Verletzungen u. Erkrankungen d. Mundh. u. Zunge. p. 316 ff.

Ziegler: Lehrbuch d. allg Path. u. path. Anatomie. p. 347.

Referate.

Archiv f. Kinderheilkunde:

Bd. 9, p. 361: Cardone, F.: Myxom in der Mundhöhle eines Kindes.

Bd. 36, p. 121: Audard, E.: La maladie de Riga.

Ebda.: Israel, P.: Ueber die Fedesche Krankheit od. Produzione sottolinguale.

Bd. 38, p. 114: Grande, E.: Die Rigasche Krankheit.
Ebda.: Franosi, F.: Die Rigasche Krankheit.
Ebda.: p. 116: Petrucci, M.: Die sublinguale Neubildung bei kl. Kindern.
Guida, Th.: Die Rigasche Krankheit oder Wucherung unter d. Zunge.
Bd. 40, p. 416: Meynier: Ueber einen Fall von Rigascher Krankheit mit Reichtum d. Tumors an eosinophilen Zellen.
Bd. 46, p. 463: Fede, F.: Diphtheroide Subglossitis. Sublinguale Neubildung. Rigasche Krankheit.
Ebda.: Zuccala, P.: Ein Fall von Rigascher Krankheit mit Diphth. Heilserum geheilt.
Ebda.: Zanetti, G.: Rigasche Krankheit.

Jahrbuch für Kinderheilkunde:

Bd. 17, p. 126: Henoch: Anschwellung des Bodens der Mundhöhle.
Bd. 18, p. 334: Riga, A.: Eine bisher unbekannte Kinderkrankheit.
Bd. 22, p. 279: Jannone: Ueber das Zungengeschwür des Kindes.
Bd. 37: Preuß, J.: Ein Tumor des Frenulum linguale beim Säugling.
Bd. 55, p. 113f.: Bericht über den 4. italien. Pädiaterkongreß in Florenz.
Ebda.: p. 91: Audard, E.: La maladie de Riga.
Ebda.: p. 733: Israel, P.: Sulla malattia di Riga o produzione sottolinguale.
Bd. 56, p. 645: Guida, T.: La malattia di Riga o produzione sottolinguale.
Bd. 65, p. 374: Lange, C.: Sublinguale Produktion d. Säugl.
Bd. 69, p. 621: Cruchet et Leuret: Nouveau cas d'exulcération sublieguale.

Monatsschrift für Kinderheilkunde:

Bd. 1, p. 1904: Bernheim-Karrer: Ueber ein sublinguales Granulom bei einem keuchhustkranken Kinde.
Bd. 1, p. 546: Petrucci, M.: Sulla produzione sottolinguale.
Bd. 2, p. 258: Meynier, E.: Un caso di prod. sottoling.
Bd. 2, p. 327: Frizzoni, M.: Un caso di prod. sottoling. con abondante accumolo di cellule eosinofile fra gli elementi del tumore.
Bd. 2, p. 380: Amberg: Sublingual growth in infants.

Bd. 4, p. 604: Schloßberger, A.: Beitrag zur Aetiologie d. prod. sottoling.
Bd. 4, p. 324: Koegler, W.: Mitteil. aus d. Universitätspoliklinik d. kgl. Charité.
Bd. 4, p. 503: Monetti, P.: Un caso di malattia de Riga curato colla estirpatione dei due denti incisivi mediani.
Bd. 4, p. 506: Zanetti, G.: Morbo di Riga-Fede.
Bd. 7, Schulz, C.: Die Rigasche Krankheit.

Lebenslauf.

Ich, Oskar Leser, wurde am 2. März 1887 in Wiesenthal bei Dermbach als Sohn des Lehrers Karl, Eduard, Berhard Leser geboren. Ostern 1896—1900 besuchte ich die Zimmermann'sche Realschule in Apolda, von Ostern 1900 das Wilhelm Ernst-Gymnasium zu Weimar, das ich Ostern 1906 mit dem Reifezeugnis verließ. Vom 1. April—30. September 1906 genügte ich in Jena beim 5. Thür. Inf. Regt. Nr. 94 (Großherzog von Sachsen) der ersten Hälfte meiner aktiven Dienstpflicht. Gleichzeitig war ich bei der medizinischen Fakultät eingeschrieben. Nachdem ich noch das W.-S. 1906—07 in Jena studiert, bezog ich im S.-S. 1907 die Universität Marburg. Im W.-S. 1907—08 siedelte ich nach Leipzig über, wo ich Anfang W.-S. 1908—09 das medizinische Vorexamen bestand. Im Juni 1911 beendigte ich in Leipzig das Staatsexamen. Als Medizinalpraktikant war ich vom 1. Juli—30. November 1911 an der Leipziger medizinischen Universitätspoliklinik, vom 1. Dezember 1911 — 28. Februar 1912 an der

chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses in Leipzig-Lindenau, vom 1. März—30. Juni 1912 am städischen Krankenhaus in Weimar tätig. Am 1. Juli 1912 wurde ich approbiert. Vom 1. Juli—30. November 1912 war ich Assistent an der inneren Abteilung des Diakonissenhauses in Leipzig-Lindenau. Am 1. Dezember 1912 trat ich als Einjähriger Arzt beim II. Batl. 2. Kgl. Sächs. Fußart. Regts. Nr. 19 ein und wurde dort am 25. April 1913 zum Assistenzarzt befördert.